Aus der Universitäts-Hautklinik der Charité Berlin
(Direktor: Prof. Dr. W. Frieboes).

# Zur Kenntnis des Lupus miliaris disseminatus faciei

INAUGURAL-DISSERTATION

**zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin**

vorgelegt von

**Ilse Weiß**
aus Berlin.

Tag der Promotion: 27. Oktober 1938

VERLAG RUDOLPH PFAU, BERLIN NW 7, LUISENSTR. 21

M 294

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

---

Dekan: Prof. Dr. Siebeck

Referent: Prof. Dr. Frieboes

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Im Rahmen einer Reihe von Einzelarbeiten, die die gegenwärtigen Erfahrungen der Berliner Haut-Poliklinik der Charité darstellen sollen, ist mir die Aufgabe zugefallen, die hiesigen Erfahrungen über Lupus miliaris disseminatus faciei zusammenzustellen. Veranlassung dazu war besonders die Beobachtung einer Serie von vier Fällen innerhalb des Zeitraumes nur eines Jahres (1937—1938), nachdem in den Jahren 1933—1937 nur eine einschlägige Beobachtung vorlag.

Der Lupus miliaris ist eine sehr seltene Hautaffektion, was daraus hervorgeht, daß an der hiesigen Klinik im Laufe der Jahre 1920—1938 unter rund 300 000 poliklinischen Patienten nur 22 Fälle von Lupus miliaris vorliegen. Die in einer früheren statistischen Untersuchung an der hiesigen Klinik errechnete Häufigkeit des Lupus miliaris von 1 : 14 000 (Dissertation Hellmund 1934) wird auch für die folgende Zeit bis heute (1934—1938) bestätigt. Unter 55 000poliklinischen Zugängen sind in diesem Zeitraum 4 Fälle von Lupus miliaris beobachtet worden, woraus sich ebenfalls die Häufigkeit im Verhältnis 1 : 14 000 ergibt.

Diese 4 Fälle sollen neben der Darstellung der hiesigen Gesamterfahrung 1920—1938 besonders berücksichtigt werden.

Vor nunmehr 60 Jahren ist der Lupus miliaris erstmalig von Tilbury Fox unter der Benennung „Dissiminated follicular lupus simulating acne" beschrieben worden. Schon Jadassohn wählte 1907 in seinem Beitrag zum Mracekschen Handbuch die Bezeichnung Lupus miliaris dissiminatus faciei, die nach heutiger Ansicht sehr wohl berechtigt erscheint, weil es sich offensichtlich um eine besondere, dem Lupus vulgaris nahestehende, aber durch morphologisches Bild, Lokalisation, Krankheitsverlauf und Prognose wohl unterschiedene, echte Tuberkulose der Haut handelt. Die Bezeichnung „follikulär" ist zur Zeit weniger gebräuchlich, da die Affektion nicht in allen Fällen unbedingt an den Follikel gebunden ist. Die alleinige ausschließliche Lokalisation im Gesicht ist nicht in

allen Fällen vorhanden. In sehr seltenen Beobachtungen ist eine darüber hinausgehende Beteiligung der Körperdecke, insbesonders behaarter Kopf, Ohren, Hals, Schultern und Extremitäten, bekannt geworden. In den eigenen Fällen ist ein solch weiteres Befallensein nur in 2 von 22, und dann auch nur bei auffallend starker Ausdehnung des im Gesicht lokalisierten Lupus miliaris erkennbar gewesen.

Die heute von den meisten Autoren oewählte Bezeichnung Lupus miliaris beschreibt eine dem Lupus vulgaris offensichtlich nahestehende, ausschließlich oder wenigstens überwiegend das Gesicht betreffende, in charakteristischen, bis linsengroßen, licht oder dicht verstreuten Einzelherden auftretende tuberkulöse Erkrankung.

Der Lupus miliaris befällt hauptsächlich Erwachsene beiderlei Geschlechts, überwiegend im Alter von 20—40 Jahren. Er tritt akut auf. Es entwickeln sich, offensichtlich hämatogen entstanden, im Gesicht in einer immer auffallend gleichen Lokalisation typische Eruptionen. Es handelt sich immer um isoliert stehende bis stecknadelkopf- oder höchstens linsengroße, scharf begrenzte, rundliche und auffalllend erhabene, rötlich-braune Effloreszenzen, die zunächst eine glatte Oberfläche aufweisen und bei Palpation weich imponieren. Diese Herde zeigen auf Glasdruck nur zum Teil den für Lupus vulgaris charakteristischen umschriebenen bräunlichen Farbton. Das auf Glasdruck erkennbare Infiltrat wird von den meisten Autoren (Volk, Arzt, Zieler, Hämel u. a.) als gelbbraun bis grau-transparent bezeichnet. Die auftretenden Eruptionen zeigen anfangs entzündlichen Charakter und damit einen roten und erst später mehr rotbraunen und bei tieferem Sitz auch einen lividen Farbton. Diese Herde treten ziemlich akut schubartig auf. Sie bilden sich, mit und ohne Behandlung, durchweg im Laufe von Monaten bis wenigen Jahren unter Hinterlassung kleiner eingezogener, scharf umschriebener ‚stippchenartiger" Närbchen zurück (Volk). In den ersten Wochen seines Bestandes kann der Lupus miliaris sich noch schubartig vermehren, auch können bei Rückbildung und Abheilungsneigung kleinere Nachschübe beobachtet werden, wobei scheinbar diese Rückfälle gern in Nähe alter Herde und daraus resultierten Narben auftreten. Diese disseminierten Herde zeigen ein charakteristisches Verhalten. Sie bleiben immer isoliert, die Einzelherde zeigen keine Weiterentwicklung und confluieren niemals. An den vorwiegend befallenen Bezirken des Gesichtes kann lediglich eine etvwas gruppierte Häufung solcher isolierter Herde erkennbar werden.

Neben diesen typischen Effloreszenzen des Lupus miliaris, die überwiegend kutan und follikulär angeordnet sind, werden von Volk u. a. als weiter vorkommende Effloreszenzenformen des Lupus miliaris tiefer liegende, kutan-subkutan gelegene, mehr durch Palpation erkennbare, gleichfalls isolierte Effloreszenzen erwähnt, über die die Haut sozusagen hinwegzieht, und die einen mehr livid-roten Farbton besitzen. Solche Herde haben auch in eigenen Fällen vorgelegen.

Die erstgeschilderten, allermeist nur vorhandenen überwiegend rundlichen, vorgewölbten typischen Efloreszenzen sitzen im Gesicht, besonders im Bereich der Stirn (vor allem Nasenwurzel), im Bereich der Augenhöhlen (Unterlider mehr als Oberlider), im Bereich der Wangen (vor allem Nasolabialfalte!), ferner an Oberlippe und Kinn.

Der Lupus miliaris (disseminatus faciei) ist demnach klinisch wohl zu trennen vom disseminierten Lupus vulgaris. Dieser hämatogen gestreute disseminierte Lupus vulgaris befällt vorwiegend Jugendliche (1.—2. Jahrzehnt). Seine Ausdehnung betrifft die ganze Körperdecke unter Bevorzugung der Extremitäten, Gesäß und Stamm. Der disseminierte Lupus vulgaris zeigt auch im Gegensatz zum Lupus miliaris in seinen Einzelherden die für Lupus vulgaris typische Weiterentwicklung, unter randwärtiger Fortentwicklung, und schließlich auch die für Lupus vulgaris charakteristische schlechtere Prognose.

Das benigne Miliarlupoid Boeck in seiner kleinknotigen disseminierten Form ist ebenfalls vom Lupus miliars wohl zu trennen. Hier handelt es sich um eine hämatogene Aussaat über oft die ganze Körperdecke mit überwiegend subkutan gelegenen Papeln und günstiger Prognose. Auch dieses benigne Miliarlupoid befällt in exanthematischer Form überwiegend Jugendliche, vor allem im Anschluß an Infektionen (Masern).

Der Lupus miliaris disseminatus faciei aber befällt nach allen Autoren fast ausschließlich oder überwiegend das Gesicht in einer ganz bestimmten Lokalisation mit typischen, sich niemals weiterentwickelnden Einzeleffloreszenzen. Die sehr seltene, darüber hinaus mögliche Ausbreitung betrifft, wie erwähnt, nur gelegentlich und viel geringer weitere Bezirke der Körperdecke und dann nur Kopfhaut, Ohren, Hals und sehr selten Schultern und Extremitäten. Die Schleimhäute sind so gut wie nie befallen (keine eigene Beobachtung). Gegenüber Rosacea ist erwähnenswert die vornehmliche Lokalisation im Bereich der Augenlider, die besondere Neigung zur Lokalisation an Oberlippe und Nasolabialfalte und das durchschnittliche Freibleiben der Nasenspitze. Die erwähnten typischen, bis linsengroßen, erhabenen, vorgewölbten Eruptionen des Lupus mi-

liaris zeigen trotz häufigen follikulären Sitzes keinerlei pustulöse Note. Nur sehr selten wird das Aussehen einer oberflächlichen zentralen Pustelbildung vorgetäuscht durch eine histologisch dann jederzeit erkennbare Verkäsung des klassischen tuberkulös aufgebauten Einzelherdes.

Die Berechtigung, den Lupus miliaris dem echten Lupus vulgaris als besondere Form einer Hauttuberkulose nahezustellen, ergibt nach Aller Ansicht (Volk, Zieler, Ganz, Kulmer, Frieboes) der histologische Aufbau dieser Effloreszenzen. Ueberwiegend findet man den schönsten Typus klassischer Tuberkulose, wie er sonst in der Hautpathologie zu den Seltenheiten gehört (Volk, Ganz, Frieboes). Neben dem klassischen Aufbau des typischen Tuberkels wird in den meisten Fällen die zentrale Verkäsung im Gegensatz zu den anderen Hauttuberkulosen seltener vermißt. Offensichtlich ist der Tuberkel beim Lupus miliaris an die Gefäße gebunden, wobei im Beginn (Wolters und Krauß) auch histologisch der primäre Beginn der tuberkulösen Wucherung von der Intimanähe ausgegangen ist. Diese Anordnung der typischen Effloreszenzen an die Gefäße läßt die Vorstellung einer hämatogenen Entstehung berechtigt erscheinen und erklärt sicher auch den überwiegend follikulären Sitz und bei nichtfollikulärem Sitz die Anordnung um Drüsen herum (Gefäßschlingen!).

Der Lupus miliaris nimmt offensichtlich eine Sonderstellung ein zwischen echtem Lupus vulgaris einerseits und den Tuberkuliden andererseits, wobei außer seinen typischen Eigenschaften die fast ausschließliche Lokalisation im Gesicht bisher auffallend ungeklärt erscheint.

Die Auffassung des Lupus miliaris als besondere Form einer Hauttuberkulose ist vor allem auf Grund des histologischen Befundes berechtigt. Der Beweis einer wirklich tuberkulösen Aetiologie ist schwierig. Tuberkelbazillen werden im mikroskopischen Schnitt nur ausnahmsweise gefunden. Positive Befunde liegen vor von Finger, Hoffmann und erst jüngst von Kren (Oesterr. Dermat. Gesellschaft vom 10. 12. 36). In den eingangs erwähnten, selteneren, tiefer liegenden Effloreszenzen des Lupus miliaris sind nach Arndt Bazillen im Schnitt schon häufiger zu finden. Der Nachweis von Tuberkelbazillen ist ferner gelungen im Bereich des zentral oberflächlichen Zerfalls der typischen Eruptionen vor allem dann, wenn der Pusteleiter mit Antiformin angereichert war. (Arndt und Schleßberg.) Der Tierversuch ist in den meisten Fällen negativ ausgefallen. Er ist nach allgemeiner Ansicht auch

nur dann mit positivem Ausfall zu erwarten, wenn jüngst aufgetretene Effloreszenzen verwendet werden.

So hat Gottron erst allerletzt in der Diskussion zu einem von Vogel vorgestellten Fall (Schlesische Dermat. Gesellschaft vom 11. 12. 37) formuliert, daß der Lupus miliaris disseminatus am besten zwischen den Tuberkulosen der Haut im engeren Sinne und den sogen. Tuberkuliden gruppiert wird.

Als auffällig wird von vielen Seiten betont das Verhalten der Fälle von Lupus miliaris gegenüber den Cutireaktionen mit Tuberkulin. Es wird immer wieder als merkwürdig hervorgehoben, daß die Tuberkulinreaktionen überwiegend ein negatives oder wenigstens kein positives Resultat aufgewiesen hätten. Daß auffällig oft die Cutireaktionen negativ seien, wird neuerdings häufig von Zieler und seinen Schülern scharf abgelehnt. Zieler, Hämel und Hoede betonen vielmehr, daß sie bei intrakutanen Reaktionen überhaupt immer ein positives Ergebnis erhalten hätten.

Ein Teil der Differenzen erklärt sich bei Durchsicht der Literatur allein aus der Tatsache, daß die Autoren die verschiedensten Cutireaktionen verwendet haben und dabei nicht einmal die Angabe für nötig fanden, welche Cutireaktion und in welcher Verdünnung diese angestellt wurde. Im eigenen Material sind diese Reaktionen, Pirquet mit Alttuberkulin, teils negativ, teils schwach positiv, teils stark positiv gewesen.

Die von Gottron geäußerte Ansicht, daß mit zunehmend längerem Bestehen eines Lupus miliaris ein zunehmend höherer Grad der Abwehrkraft und damit eine ausgeprägtere Abwehrreaktion des Pirquet durchschnittlich erwartet werden kann, dürfte den wesentlichen Sachverhalt treffen. An den eigenen 4 neuen Beobachtungen (s. später) waren die Cutireaktionen anfangs negativ und sind bei 2 nunmehr Monate in Beobachtung stehenden Fällen nachher positiv geworden.

Zur Frage der Aetiologie ist neben dem histologischen Befund, dem Bazillennachweis, dem Verhalten der Cutirekation, auch die Frage der Aufdeckung primärer Tuberkuloseherde (ausschließlich an inneren Organen) erwähnenswert. In allen Darstellungen wird betont, daß in manchen Fällen an anderen Organen auch bei eingehender klinischer Untersuchung kein verdächtiger Befund erkennbar war. In anderen Fällen hat es sich um manifeste, in wenigen Fällen um auch schon fortgeschrittene Tuberkulose gehandelt (Volk). In den eigenen 22 Beobachtungen der hiesigen Klinik (1920—1938) ist nur in 5 Fällen eine bestehende Tuberkulose anderer Organe festgestellt worden. In diesen Fällen handelte es sich 4mal um eine Lungentuberkulose, 1mal um eine Magendarmtuber-

kulose, wobei die Nachuntersuchung dieser Fälle ergab, daß das Lebensschicksal der betroffenen 4 Lungenkranken hinsichtlich dieser tuberkulösen Grundkrankheit ausgesprochen günstig war (Hellmund). In den 4 letzten, noch ausführlich zu beschreibenden Eigenfällen hat sich keinerlei Tuberkulose an anderen Organen feststellen lassen.

Aus allen obigen Ausführungen ergibt sich demnach meines Erachtens, daß der Nachweis von Bazillen, der Ausfall des Tierversuchs, das Ergebnis der Cutireaktion und der internistische Befund weder im positiven, noch im negativen Sinne bei klinischem Verdacht auf Lupus miliaris den Ausschlag geben darf! Allein der histologische Befund (mit überwiegend für Tuberkulose klassischem Aussehen!) kann neben dem typischen klinischen Bild zur Zeit, nach dem Stand gegenwärtiger Kenntnis, für die Auffassung eines Falles als Lupus miliaris berechtigen! Der klinische Befund aber stützt sich auf die so gut wie ausschließliche Lokalisation im Gesicht und die hier ganz typische Lokalisation an überwiegend mittlere Gesichtsanteile, vor allem Nasenwurzel, Bereich der Augenhöhlen, Nasolabialfalten und angrenzende Wangenteile, Oberlippe und Kinn. Außer dieser Verteilung ist wesentlich die Einheitlichkeit des Effloreszenzentyps: bis linsengroße, vorgewölbte, überwiegend kutan liegende, oft follikulär angeordnete, glatte, weiche, durchweg rotbraune bis lividfarbene Eruptionen ohne echte Pustelbildung. Neben der morphologischen Note der Effloreszenzen ist diagnostisch wichtig ihr klinisches Verhalten. Akuter schubartiger Beginn meist im 20. bis 40. Lebensjahr, Nachschübe, Fehlen jeder Weiterentwicklung der Einzeleffloreszenzen, fehlende Confluenz und nach monate- oder höchstens jahrelangem Bestand Rückbildung (therapeutisch oder spontan), unter Hinterlassung typischer ‚stippchenartiger" Narben.

Daß auch die eigenen Beobachtungen 1920—1934 und 1934 bis 1938 diese Bedingungen erfüllen, beweisen die Ausführungen Hellmunds (1920—1934). Ich möchte unter Bezug auf dieselben zunächst die 4 letzten Beobachtungen aus den Jahren 1934—38 kasuistisch kurz mitteilen.

1. A. K., 32 J., Schneider. Diagnose: Lupus miliaris disseminatus faciei.

Nach etwa 3wöchigem Bestand hier beobachtet im Mai 1937. Befallen sind besonders die mittleren Gesichtspartien und die Unterlider. Es handelt sich um etwa linsengroße Papeln, die einen rötlichen Ton haben und bei Glasspateldruck lupoid erscheinen.

Im September 1937 wird der Patient dreimal in mehreren Einstellungen von je ¼ Stunde gefinst. Daraufhin zeigt sich eine kräftige Reaktion. Die Herde am Kinn weisen deutliche Rückbildung auf. Die weitere Behandlung lehnt der Pat. ab und sucht erst Ende September 37 unsere Polklinik wieder auf. Jetzt Beginn einer Goldbehandlung nach dem zur Zeit an unserer Klinik üblichen Schema:

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Woche | 0,1 | und | 0,1 | ccm | |
| 2. | „ | 0,1 | „ | 0,1 | „ | |
| 3. | „ | 0,2 | „ | 0,2 | „ | |
| 4. | „ | 0,2 | „ | 0,2 | „ | |
| 5. | „ | 0,3 | „ | 0,3 | „ | |
| 6. | „ | 0,3 | „ | 0,3 | „ | |
| 7. | „ | 0,4 | „ | 0,4 | „ | |
| 8. | „ | 0,4 | „ | 0,4 | „ | |
| 9. | „ | 0,5 | „ | 0,5 | „ | der 2%igen |
| 10. | „ | 0,5 | „ | 0,5 | „ | |
| 11. | „ | 0,6 | „ | 0,6 | „ | |
| 12. | „ | 0,6 | „ | 0,6 | „ | (nicht 20%iger). |
| 13. | „ | 0,7 | „ | 0,7 | „ | |
| 14. | „ | 0,7 | „ | 0,7 | „ | |
| 15. | „ | 0,8 | „ | 0,8 | „ | |
| 16. | „ | 0,8 | „ | 0,8 | „ | |
| 17. | „ | 0,9 | „ | 0,9 | „ | |
| 18. | „ | 0,9 | „ | 0,9 | „ | |
| 19. | „ | 1,0 | „ | 1,0 | „ | |
| 20. | „ | 1,0 | „ | 1,0 | „ | |

Die Behandlung wird bis zur 18. Woche einschließlich durchgeführt und dann auf Wunsch des Patienten abgebrochen. Während der Goldbehandlung sind die Erscheinungen im Gesicht weitgehendst zurückgegangen.

Status im Juni 1938: Befallen: Unterlider, Nasenwurzel, Nasolabialfalten, Oberlippe. Es handelt sich um stecknadelkopf- bis linsengroße, flache, bis halbkugelige Knötchen, die vereinzelt stehen und keine Tendenz zu konfluieren haben. Die Knötchen sind gelblich bis dunkelbraun, glatt und von weicher Konsistenz. An den Augenlidern finden sich ganz vereinzelte Herde, die auf der Kuppe eine Pustel aufweisen. Bei Glasspateldruck ist kein lupoides Infiltrat nachweisbar. Auf Stirn und Wangen finden sich zahlreiche kleine, stippchenartige Närbchen.

Wa. R. und Tbc.-Wa. R. negativ. Pirquet im Mai 1937 negativ, im Juni 1938 positiv. Blutbild o. B. Senkung 12 : 21. Lungen klinisch und röntgenologisch o. B. Histologisch nicht untersucht.

2. E. G., 32 J., Hotelangestellte. Diagnose: Lupus miliaris disseminatus faciei.

Nachdem die Veränderung im Gesicht vor etwa einem Jahre ganz plötzlich aus voller Gesundheit aufgetreten sind, kommt die Pat. im Juli 1937 in unsere Poliklinik. Sie will nie ernstlich krank gewesen sein. Anamnestisch besteht sonst kein Hautleiden, keine Tuberkulose, keine Lues.

Status im Juli 1937. Befallen: Nasolabialfalte, Nasenrücken, Unterlider, Unterlippe und Oberlippe. Es handelt sich um stecknadelkopf- bis fingernagelgroße Erytheme. An den Augenlidern finden sich bis fast erbsengroße Papeln, die bei Glasspateldruck teilweise lupös erscheinen.

Von Mittel September 37 bis Ende Januar 38 wird die Pat. einmal wöchentlich gefinst, und zwar jedesmal mit zwei Einstellungen von je einer Stunde. Unter dieser Behandlung gehen die Herde weitgehendst zurück, bis auf wenige Knötchen an den Unterlidern ist nichts mehr von der Affektion zu sehen. Mitte Mai 38 plötzliches Auftreten der alten Veränderungen, und zwar an fast gleichen Stellen wie zu Beginn der Erkrankung.

Status im Mai 1938. Befallen: Unterlider, Nasobialfalte, Oberlippe und in geringem Maße die Wangen. Schleimhäute sind frei. Es handelt sich um stecknadelkopf- bis linsengroße Herde, die nur teilweise an Follikel gebunden sind. Sie sind teils flach, teils halbkugelig vorgewölbt, weisen einen bräunlich-roten Farbton auf, sind glatt und von weicher Konsistenz. Einige Effloreszenzen sind mit einer gelben Kuppe versehen. Die Herde stehen einzeln und konfluieren nicht. Einige Knötchen, besonders an den Unterlidern, weisen bei Glasspateldruck ein deutlich lupoides Infiltrat auf. Am Kinn finden sich zahlreiche stippchenartige Närbchen.

Wa. R. und Tbc. Wa. R. negativ. Pirquet im Jahre 1937 negativ, im Jahre 1938 positiv. Blutbild o. B. Senkung 15 : 28. Lungen klinisch und röntgenologisch o. B. Histologischer Befund: Zentral weitgehend verkäsende typische Tuberkulose der Cutis, wobei die Begrenzung des Tuberkels gegenüber gesunden Anteilen durch einen auffallend gering ausgebildeten Lymphocytenwall gegeben ist.

3. A. F., 44 J., Dreher. Diagnose: Lupus miliaris disseminatus faciei.

Anamnese: Mit 14 Jahren Gelenkrheumatismus, der ohne Folgezustand verläuft. Mit 32 und 34 Jahren Magenulcus. Kein Hautleiden, keine Tuberkulose, keine Lues. Die vorliegende Veränderung hat sich bei sonstigem Wohlbefinden Anfang März 1938 angeblich im Anschluß an eine Schnittverletzung durch eine Metallplatte entwickelt. Die ersten Erscheinungen traten auf an Nasolabialfalten und Unerlidern. Die Affektion beschränkt sich heute auf das Gesicht, vor allem die mittleren Gesischtsanteile. Es handelt sich um zahllose stecknadelkopf- bis linsen- bis überhanfkorngroße, fast nur kutan liegende, teils flache, teils halbkugelig vorspringende papulöse Infiltrate von bläulich-rotem Farbton und weicher Konsistenz. Besonders stark und dichtstehend befallen sind Nasolabialfalten und Oberlippe, der Bereich der Augenhöhlen, hier vor allem die Unterlider, der innere Augenwinkel und das Kinn. An Stirn und Schläfen sind die papulösen Infiltrate flüchtig, sie stehen vereinzelt und verlieren sich zur Haargrenze hin allmählich. Der behaarte Kopf, die übrigen Körperteile und Schleimhäute sind frei. Die geschilderten Krankheitsherde sitzen niemals follikulär, sie konfluieren nicht, zeigen keinerlei Rückbildung und nur an ganz vereinzelten Stellen einmal eine Pustelbildung. Auf Glasdruck verschwindet der bläulich-rote Farbton. Es hinterbleibt nur an einzelnen Stellen geringes lupoides Infiltrat. (In die-

sem Zustand wurde der Fall von Berggreen auf der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft im Mai 1938 vorgestellt.)

Der Pat. wurde im Juni 1938 viermal gefinst, und zwar mit mehreren Einstellungen von je einer Stunde. Außerdem wurde mit Boeckscher Paste behandelt. Die Erscheinungen gingen daraufhin im ganzen etwas zurück.

Wa. R. und Tbc.-Wa. R. negativ. Blutbild o. B. Senkung 24 : 42. Pirquet negativ. Lungen klinisch und röntgenologisch o. B. Histologischer Befund Anfang Mai 1938: umschriebenes Infiltrat aus vorwiegend Epitheloid- und vereinzelten Riesenzellen. Keine zentrale Nekrose. Histologischer Befund Ende Mai 38: auch hier umschriebenes Infiltrat aus Epitholiod- und Riesenzellen ohne Nekrose. Gegenüber dem klassisch tuberkulösen Aufbau des ersten Schnittes nicht so eindeutig tuberkulös.

4. A. Pf., 28 J., Schlosser. Diagnose: Lupus miliaris disseminatus faciei.

Der Pat gibt an, niemals ernstlich krank gewesen zu sein. Keine Tuberkulose, kein Hautleiden, keine Lues. Die jetzige Erkrankung begann Mitte Mai 1938 mit einer ganz plötzlichen Schwellung der Unterlider beiderseits. Die Schwellung ging noch am selben Tag zurück. Dafür bildeten sich etwa 14 Tage später kleine, rote Pickelchen mit einem gelblichen Zentrum. Daran anschließend wurde die Nasolabialfalte befallen, und schließlich dehnten sich die Veränderungen über Nasenwurzel und Stirn aus.

Status im Juni 1938. Befallen: Stirn, Nasenwurzel, Unterlider, Wangen, Nasolabialfalten, Oberlippe und Unterlippe. Es handelt sich um linsen- bis hanfkorngroße, nicht an Follikel gebundene Herde. Die einzeln stehenden, nicht konfluierenden Knötchen sind, kutan liegend, halbkugelig vorgewölbt. Die Veränderungen weisen einen bläulich-roten Farbton auf, sind glatt und von weicher Konsistenz. Einige wenige Knötchen in der Nasolabialfalte sind mit einem kleinen Punkt versehen. Einzelne Herde hinterlassen bei Glasspateldruck ein mehr graues Infiltrat. Schleimhäute sind frei.

Wa. R. und Tbc.-Wa. R. negativ. Pirquet negativ. Senkung 2 : 5. Blutbild o. B. Lungen klinisch und röntgenologisch o. B. Histologischer Befund: Typische Tuberkulose mit überwiegend Epitheloid- und auch Riesenzellen ohne Nekrose. Das tuberkulöse Gewebe ist auffallend um die Follikel angeordnet.

Auch diese 4 Beobachtungen der Jahre 1934—1938 entsprechen hinsichtlich Erscheinungsbild, klinischem Befund und Verlauf den eingangs erwähnten Erfahrungen der hiesigen Klinik in der Zeit 1920—1934. Ich möchte deshalb von einer nochmaligen Zusammenfassung dieser letzten 4 Fälle unter Hinweis auf die eingangs gemachten Ausführungen Abstand nehmen und nur kurz einige Punkte hervorheben.

Die Lokalisation betrifft die mittleren Gesichtsanteile mit besonderem Befallensein der Unterlider, Stirnmitte und Oberlippe. Nur selten einmal wird eine über die Gesichtspartie hinausgehende Beteiligung des Kopfes oder gar anderer Bezirke der Körperdecke beobachtet. Die folgende tabellarische Uebersicht läßt erkennen, wie der Lupus miliaris in den eigenen Fällen lokalisiert ist.

Die vorstehende Tabelle ergibt demnach eine vornehmliche Beteiligung der einzelnen Gesichtspartien in folgender Reihenfolge. Von den *22* Fällen betrafen

17 Stirn einschließlich Nasenwurzel
17 Wange mit Bevorzugung der Nasolabialfalten
13 Unterlider
12 Oberlippe
11 Kinn
10 Oberlider
9 Nasenrücken
7 Unterlippe
3 Ohrmuscheln und Umgebung
3 Extremitäten
1 behaarten Kopf.

Damit decken sich die eigenen Erfahrungen mit *22* Einzelerfahrungen hinsichtlich der fast ausschließlichen Lokalisation im Gesicht mit den Gesamterfahrungen der Literatur, die, soweit sie mir zugänglich waren, etwa 150 veröffentlichte Fälle bis 1938 umfaßt.

Die folgenden Tabellen geben einen Ueberblick über die Verteilung der Zugänge an Lupus miliaris auf die einzelnen Jahre und auf Alter und Geschlecht. Gegenüber der früheren Ansicht Bettmanns, daß vornehmlich das weibliche Geschlecht befallen sei, hat schon Hellmund unter Hinweis auf die tabellarische Zusammenstellung Pecks über *92* Fälle darauf hingewiesen, daß nach der Gesamtheit der Zahlen eher eine Bevorzugung des männlichen Geschlechts anzunehmen sei. Unter dem eigenen Material ist das männliche Geschlecht mit 13 : 9 tatsächlich bevorzugt.

Die Lokalisation betrifft die mittleren Gesichtsanteile mit besonderem Befallensein der Unterlider, Stirnmitte und Oberlippe. Nur selten einmal wird eine über die Gesichtspartie hinausgehende Beteiligung des Kopfes oder gar anderer Bezirke der Körperdecke beobachtet. Die folgende tabellarische Uebersicht läßt erkennen, wie der Lupus miliaris in den eigenen Fällen lokalisiert ist.

Die vorstehende Tabelle ergibt demnach eine vornehmliche Beteiligung der einzelnen Gesichtspartien in folgender Reihenfolge. Von den *22* Fällen betrafen

17 Stirn einschließlich Nasenwurzel
17 Wange mit Bevorzugung der Nasolabialfalten
13 Unterlider
12 Oberlippe
11 Kinn
10 Oberlider
9 Nasenrücken
7 Unterlippe
3 Ohrmuscheln und Umgebung
3 Extremitäten
1 behaarten Kopf.

Damit decken sich die eigenen Erfahrungen mit *22* Einzelerfahrungen hinsichtlich der fast ausschließlichen Lokalisation im Gesicht mit den Gesamterfahrungen der Literatur, die, soweit sie mir zugänglich waren, etwa 150 veröffentlichte Fälle bis 1938 umfaßt.

Die folgenden Tabellen geben einen Ueberblick über die Verteilung der Zugänge an Lupus miliaris auf die einzelnen Jahre und auf Alter und Geschlecht. Gegenüber der früheren Ansicht Bettmanns, daß vornehmlich das weibliche Geschlecht befallen sei, hat schon Hellmund unter Hinweis auf die tabellarische Zusammenstellung Pecks über *92* Fälle darauf hingewiesen, daß nach der Gesamtheit der Zahlen eher eine Bevorzugung des männlichen Geschlechts anzunehmen sei. Unter dem eigenen Material ist das männliche Geschlecht mit 13 : 9 tatsächlich bevorzugt.

| | behaarter Kopf | Stirn einschließlich Nasenwurzel | Oberkiefer | Unterkiefer | Nasenwurzel | Wange besonders Nasolabialfalte | Oberlippe | Unterlippe | Kinn | Ohrmuschel und Umgebung | Hals | Schulter | Extremitäten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | + | + | | | + | | | | |
| 2 | | + | | | | + | | + | + | | | | |
| 3 | | + | + | + | | + | + | | + | | | | + |
| 4 | | + | | | + | + | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | + | + | + | | | + | | | | | | |
| 7 | + | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | |
| 8 | | + | | | | + | | | | | | | + |
| 9 | | | + | | | | | | | + | | | |
| 10 | | + | | | | | | | + | | | | |
| 11 | | | | | | + | | | | | | | |
| 12 | | + | + | + | + | + | | + | | | | | |
| 13 | | + | | | | + | + | + | + | | | | |
| 14 | | + | + | + | + | + | + | | + | | | | |
| 15 | | | + | | | | + | | + | | | | |
| 16 | | + | + | + | | + | + | | + | + | | | |
| 17 | | + | + | + | | + | | | | + | | | |
| 18 | | + | + | + | + | + | + | + | + | | | | + |
| 19 | | + | | + | + | + | + | | | | | | |
| 20 | | + | + | | + | + | + | + | + | | | | |
| 21 | | + | + | + | + | + | + | | | | | | |
| 22 | | + | + | | | + | + | + | | | | | |

Tabelle

über Zugänge in den einzelnen Jahren.

| Jahr | Anzahl der Fälle | Männer | Frauen |
|---|---|---|---|
| 1920 | 1 | — | 1 |
| 1921 | 2 | 1 | 1 |
| 1922 | — | — | — |
| 1923 | 3 | 1 | 2 |
| 1924 | 3 | 1 | 2 |
| 1925 | 1 | 1 | — |
| 1926 | 1 | 1 | — |
| 1927 | — | — | — |
| 1928 | 2 | 1 | 1 |
| 1929 | 1 | 1 | — |
| 1930 | 1 | 1 | — |
| 1931 | — | — | — |
| 1932 | 2 | 1 | 1 |
| 1933 | — | — | — |
| 1934 | 1 | 1 | — |
| 1935 | — | — | — |
| 1936 | — | — | — |
| 1937 | 2 | 1 | 1 |
| 1938 | 2 | 2 | — |

Tabelle

über Verteilung der Zugänge auf Alter und Geschlecht.

| Alter | Aizahl der Fälle | Männer | Frauen |
|---|---|---|---|
| 20—25 J. | 4 | 3 | 1 |
| 26—30 J. | 4 | 3 | 1 |
| 31—35 J. | 7 | 4 | 3 |
| 36—40 J. | 2 | 1 | 1 |
| 41—45 J. | 1 | 1 | — |
| 46—50 J. | — | — | — |
| 51—55 J. | 3 | 1 | 2 |
| 56—60 J. | 1 | — | 1 |

Der histologische Befund des Lupus miliaris ist, wie ich eingangs erwähnte, nach Ansicht aller Autoren der einer klassischen Tuberkulose, wobei mehrfach Autoren (Volk, Ganz, Frieboes) ausdrücklich betonen, daß der klassische Aufbau eines typischen Tuberkels im Gegensatz zu dem histologischen Befund anderer Hauttuberkulosen beim Lupus miliaris disseminatus faciei selten

vermißt wird. Ich kann zum Schluß meiner Arbeit nur feststellen, daß auch in den eigenen Fällen, soweit untersucht, der histologische Befund dem einer klassischen Tuberkulose glich. Setze ich zu den 4 eigenen Fällen der letzten Jahre 1934—1938 die histologischen Befunde der Beobachtungen anderer Autoren des gleichen Zeitraums in Vergleich, so ergibt sich auch aus diesen etwa 20 Fällen der letzten Literatur ein typisch tuberkulöser Aufbau mit Epitheloid- und Riesenzellen, wobei jedoch auch beim Lupus miliaris eine typische zentrale Verkäsung in etwa der Hälfte der Fälle beobachtet worden ist.

Ich darf deshalb schließen mit der Feststellung, daß für die diagnostische Erfassung eines Lupus miliaris disseminatus faciei nicht maßgeblich ist der Nachweis von Bazillen oder der Ausfall des Tierversuchs oder das Ergebnis der Cutireaktionen oder der internistische Befund weder im positiven, noch im negativen Sinne, sondern allein das klinische Bild und der für Tuberkulose sprechende histologische Befund.

Ich habe deshalb unter die Aufzählung der eigenen Fälle von Lupus miliaris auch den Fall 3 aufgenommen, der auf der Sitzung der Berliner Dermatologischen Gesellschaft von Berggreen vorgestellt wurde, wobei sich die Mehrzahl in der Diskussion in einem Verhältnis von 10 : 2 gegen Lupus miliaris disseminatus faciei ausgesprochen hat. Dieser noch etwas umstrittene Fall wird in der Herbstsitzung 1938 nach weiteren Beobachtungen erneut zur Diskussion gestellt werden.

---

Für die Ueberlassung des Themas möchte ich Herrn Professor Dr. Frieboes, für die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit Herrn Oberarzt Dr. Berggreen meinen verbindlichsten Dank aussprechen.

## Literatur.


Arndt: Dermat. Ztschr., 1911, Bd. 18, S. 33.
Arzt: Dermat. Wochschr., 1937, Bd. 1, S. 534.
— Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1937, Bd. 55, S. 618.
Berggreen: Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1936, Bd. 52, S. 624.
Escartfigne: Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1936, Bd. 53, S. 111.
Formann: Ebenda, 1937, Bd. 54, S. 437.
Frieboes: Atlas d. Haut- u. Geschlechtskr. Lehrbuch, S. 321.
Fuhs: Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1935, Bd. 50, S. 278.
Gottron: Ebenda, 1938, Bd. 59, S. 6.
Hämel und Hoede: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten. Herausgegeben von Arzt-Zieler, Bd. 3, S. 613.
Hellmund: Dissert. Berlin 1934.
Jadassohn: Handbuch d. Hautkrankheiten, herausg. von Mracek, Bd. 4, S. 174.
Körner: Ztbl. f. Haut- u. Geschlechtskr., 1938, Bd. 59, S. 124.
Konrad: Ebenda, 1935, Bd. 51, S. 395.
Kovacs: Ebenda, 1938, Bd. 58, S. 329.
Kren: Ebenda, 1937, Bd. 56, S. 86.
Martenstein und Noll: Arch. f. Dermat. u. Syph., 1929, Bd. 158, S. 409.
Matras: Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1938, Bd. 57, S. 642.
— Ebenda, 1936, Bd. 52, S. 275.
— Ebenda, 1935, Bd. 50, S. 278.
Ormsby: Ebenda, 1935, Bd. 49, S. 455.
Pautrier: Nouvelle pratique dermatologique, Bd. 3, S. 559 u. S. 630.
Penner: Ztbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1937, Bd. 56, S. 594.
Schubert: Ebenda, 1936, Bd. 52, S. 7.
Sprafke: Ebenda, 1936, Bd. 53, S. 72.
Vogel: Ebenda, 1938, Bd. 59, S. 6.
Volk: Handbuch d. Haut- u. Geschlkr., herausgegeb. von Jadassohn, Bd. X/1, S. 279.
Weißenbach: Zentrbl. f. Haut- u. Geschlkr., 1397, Bd. 56, S. 401.
— Ebenda, 1936, Bd. 53, S. 563.
Werdesheim: Ebenda, 1935, Bd. 51, S. 84.

## Lebenslauf.

Am 3. 4. 1910 bin ich, Ilse Weiß, als Tochter des Stadtrats Hermann Weiß und seiner Ehefrau Clara geb. Hofmann, zu Berlin geboren.

Nach Besuch des Karlshorster Lyzeums und des Kant-Reform-Realgymnasiums in Berlin-Karlshorst bestand ich im Jahre 1929 die Reifeprüfung.

Im Sommer 1929 studierte ich Philologie. Im Winter 1929/30 begann ich das Medizinstudium an der Universität Freiburg i. Br. und setzte es an den Universitäten München und Berlin fort. Im Frühjahr 1933 bestand ich in Berlin das Physikum und im Februar 1936 das Staatsexamen.

An der Universitäts-Hautklinik Berlin und der II. Medizin. Klinik der Charité Berlin war ich als Medizinalpraktikantin tätig. Am 1. März 1937 wurde ich Volontärärztin an der Universitäts-Hautklinik der Charité Berlin und bin hier seit dem 1. August 1937 außerplanmäßige Assistenzärztin.